

ВТОРИЧНАЯ ЛИМФЕДЕМА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Шляхинуев Е. А., Луд, Н.Г Семенько И. Г.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. В настоящее время уделяется большое внимание органосохраняющему лечению рака молочной железы (РМЖ) Вторичная лимфедема верхней конечности (ВК) одно из наиболее значимых осложнений специального лечения данной патологии [1]. Ряд авторов обращает внимание на то, что данный метод лечения позволяет значительно снизить риск развития вторичной лимфедемы верхней конечности (ВК) [2].

Цель. Определить роль органосохраняющего метода лечения РМЖ в патогенезе вторичной лимфедемы верхней конечности в отдаленном периоде

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 43 пациентки с вторичной лимфедемой верхней конечности. 29 из них были активно выявлены при анкетировании 86 больных, проживающих в Витебском районе получивших специальное лечение по поводу РМЖ в 2002 г., и 14 пациенток, которые проходили амбулаторное или стационарное реабилитационное лечение на базе УЗ «ВОКОД». У 3 (7%) пациенток из 43 имело место злокачественное происхождение лимфедемы верхней конечности

Сроки появления первых признаков постмастэктомического отека варьировали от 6 месяцев до 7 лет, средний срок развития лимфедемы составил 3.1 ± 1.99 года ($M \pm SD$).

I степень отека установлена у 8 (20%) больных, II степень – у 18 (45%) пациенток и III степень у 14 (35%) женщин I стадия (преходящий отек) диагностирована у 6 (15%) пациенток, II стадия (мягкий отек) – у 22 (55%) женщин, III стадия (плотный отек) – у 12 (30%) больных.

Всем пациенткам проведено ультразвуковое дуплексное сканирование (ДС) сосудов ВК, оценивались общепризнанные показатели артериального и венозного кровотока [3].

Результаты обработаны статистически.

Результаты и обсуждение. Из материалов таблицы 1 видно, что отек развился у 25 больных из 72 оперированных в объеме РМЭ и у 4 из 14 оперированных в объеме РРМЖ.

Таблица 1 – Частота развития лимфатических отеков у больных РМЖ перенесших специальное лечение в 2002 г. в зависимости от объема оперативного лечения (n=86)

Показатель	РРМЖ	РМЭ
Число больных с лимфедемой	4	25
Число больных без лимфедемы	10	47
Всего	14	72

Для сравнения относительных чисел в этой таблице был рассчитан по формуле Пирсона критерий согласия с учетом степени свободы χ^2 -к, который оказался равным 8,45, означающий, что расхождение ожидаемых и теоретических чисел следует считать неслучайным.

Значение χ^2 в данном случае соответствует $p < 0,05$, что означает статистически достоверную разницу между большей частотой постмастэктомических отеков у больных РМЖ оперированных в объеме РМЭ и меньшей частотой таких отеков у больных, оперированных в объеме РРМЖ.

При исследовании состояния гемодинамик ВК установлено, что у 28 (70,0%) имели место признаки выраженного экстравазального стеноза сосудистого пучка в области подмышечной ямки и проксимального отдела плеча У 19 (47,5%) пациенток имелись явные признаки венозной недостаточности.

Признаки наибольшего рубцового экстравазального стеноза были обнаружены у пациенток которым была выполнена РМЭ по Холстеду – 4 женщины, и РМЭ по Урбану – 1 больная.

У данных пациенток отмечалось явное нарушение венозного оттока вплоть до полного его отсутствия при ДС (3 женщины). Коэффициент корреляции (r) между объемом операции и показателями стеноза сосудистого пучка составил 0,87, что подтверждает факт, чем травматичнее операция, тем риск гемодинамических нарушений со стороны артериального и венозного русла выше. Коэффициент корреляции между нарушениями артериальной и венозной гемодинамики составил 0,91 ($p < 0,05$).

Наибольшая положительная корреляция обнаружена между изменениями артериальной гемодинамикой и степенью отека, т.е. наиболее значимые гемодинамические изменения артериального кровотока имели место у пациенток с II и, особенно, III степени отека ($r=0,44$). Менее значимые показатели положительной корреляции обнаружены между венозной гемодинамикой и степенью отека ($r=0,34$). Это вероятно связано с более сложной оценкой венозного компонента.

Вывод. Таким образом, у больных вторичной лимфедемой ВК развившейся в результате специального лечения РМЖ в 70,0% случаев имеет место экстравазальное сдавление сосудистого пучка в области подмышечной ямки и проксимального отдела плеча, что приводит к значительному нарушению венозного оттока.

Степень постмастэктомического отека ВК имеет самую высокую корреляцию с объемом (тяжестью) оперативного вмешательства ($r=0,87$), степенью сдавления артерий и вен ($r=0,44$ и $r=0,34$ соответственно). Органосохраняющее лечение РМЖ в объеме РРМЖ достоверно снижает частоту развития вторичной лимфедемы ВК в отдаленном периоде наблюдения (7 лет), чем РМЭ.

Литература :

1. Вторичная лимфедема верхней конечности у онкологических больных (этиология, клиника, лечение): Практическое пособие для врачей / И.В. Залуцкий [и др.]. – Минск : Беларусь, 2004. – 71 с.

2. Management of the axilla in operable breast cancer treated by breast conservation: a randomized clinical trial / Chetty U [et al.]. – Edinburgh Breast Unit. Br. J. Surg, 2000. – Vol. – 87. – P. 163 – 169.

3. Хофер, М. Цветовая дуплексная сонография. Практическое руководство / М. Хофер. – М. : Мед. лит., 2007. – С. 7 – 14, 73 – 88.